

코로나바이러스감염증-19 예방접종 예진표

جدول الفحص المسبق للحصول على لقاح فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19)

§코로나바이러스감염증-19(이하 코로나19) 예방접종 안내 및 예방접종 후에 발생 가능한 이상반응에 대한

정보를 충분히 제공받았으며, 의사의 예진결과에 따른 예방접종을 받겠습니다. ☐동의 ☐동의안함

§코로나19 예방접종을 받는데 동의하는 경우, 안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어 보시고 본인 (법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.

§ حصلتُ بشكل كافٍ على الإرشادات المتعلقة بلقاح فيروس كورونا19 (كوفيد-19) وحول الأعراض السلبية المحتمل حدوثها بعد الحصول على اللقاح، وسأخضع للتطعيم وفقاً لنتيجة الفحص المسبق للطبيب. ☐ موافق ☐ غير موافق

§ في حال الموافقة على الحصول على اللقاح، من أجل التفويض الأمن يرجى قراءة الأسئلة أدناه بعناية، والتوقيع شخصياً (الممثل القانوني، الوصي) خانة الاختيار الخاصة بالتحقق.

- (남 여) (ذكر أنثى) -	주민등록번호 (외국인등록번호) رقم تسجيل المواطن (رقم تسجيل الأجانب)	성명 الاسم
(집) (휴대전화) (رقم الجوال) (المنزل)		전화번호 رقم الهاتف
본인 (법정대리인, 보호자) 확인 <input checked="" type="checkbox"/> تحقق الشخص نفسه (الممثل القانوني, الوصي) <input checked="" type="checkbox"/>	예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항 الموافقة على الاحتفاظ بالمعلومات الشخصية، وغيرها لإجراءات التلقيح	
「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제33조의4 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다.		
▪개인정보 수집·이용 목적: 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 관련 문자 등 ▪개인정보 수집·이용 항목: 개인정보 (민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호 (집/휴대전화) ▪개인정보 보유 및 이용기간: 5년		
يتم جمع المعلومات الشخصية والمعلومات الحساسة مثل رقم تسجيل المواطن بموجب المادة رقم 33-4 من "قانون الوقاية من الأمراض المعدية وإدارتها" والمادة رقم 32-3 من اللائحة التنفيذية للقانون نفسه. البنود الإضافية التي سيتم جمعها هي كما يلي.		
• الغرض من جمع واستخدام المعلومات الشخصية: رسائل نصية تتعلق بجرعة اللقاح التالية وإتمام التلقيح، حدوث أعراض سلبية بعد التلقيح، إلخ		
• جمع المعلومات الشخصية وبنود الاستخدام: المعلومات الشخصية (تشمل المعلومات الحساسة، ورقم تسجيل المواطن)، ورقم الهاتف (المنزل / الهاتف المحمول)		
• فترة الاحتفاظ بالمعلومات الشخصية واستخدامها: 5 سنوات		

<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	<p>1.코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다.</p> <p>*예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.</p> <p>1. قبل الحصول على لقاح كورونا19، أوافق على التحقق المسبق من التفاصيل الخاصة بالخاضعين للقاح باستخدام <نظام إدارة لقاحات كورونا19>.</p> <p>* إذا كنت لا توافق على التحقق المسبق لتفاصيل اللقاح، فقد ينتج عن ذلك لقاحات إضافية غير ضرورية أو تطعيمات متقاطعة.</p>
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	<p>2.코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신하는 것에 동의합니다.</p> <p>*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.</p> <p>2. أوافق على تلقي معلومات حول الجرعة القادمة واستكمال جرعات لقاح كورونا19 عبر رسالة نصية على هاتفي المحمول.</p> <p>* إذا كنت لا توافق على تلقي رسائل نصية، فلن تتمكن من تلقي معلومات حول البنود التي لا توافق عليها.</p>
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	<p>3.코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다.</p> <p>3. أوافق على تلقي رسائل نصية تتعلق بحدوث الأعراض السلبية، وغيرها بعد الحصول على لقاح كورونا19.</p> <p>*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.</p> <p>* إذا كنت لا توافق على تلقي رسائل نصية، فلن تتمكن من تلقي معلومات حول البنود التي لا توافق عليها.</p>
본인 (법정대리인, 보호자) 확인 <input checked="" type="checkbox"/> تحقق الشخص نفسه (الممثل القانوني، الوصي) <input checked="" type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;">접종대상자에 대한 확인사항 قائمة التحقق للفئة المستهدفة من اللقاح</p>
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	<p>①(여성) 현재 임신 중 입니까? ①هل أنت حامل حاليًا (خاص بالسيدات)?</p>
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	<p>②이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오. ②هل توجد أماكن محددة في جسدك تؤلمك اليوم على غير العادة؟ اكتب الأعراض المؤلمة. ()</p>
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	<p>③코로나19 감염을 진단받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오. (년 월 일) ③هل سبق تشخيصك بأنك مصاب بكورونا19؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى كتابة تاريخ التشخيص. (يوم شهر عام)</p>
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	<p>④최근 14일 이내 백신(코로나 백신 외)을 접종 받은 적이 있습니까? ④هل حصلت على لقاح كورونا (أو أي تطعيم آخر) خلال الـ 14 يوما السابقة ؟</p>
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	<p>⑤코로나19 백신을 접종 받은 적이 있습니까? <input checked="" type="checkbox"/>‘아니오’ 일 경우 ⑥번 문항으로 있다면 접종일을 적어주십시오. (접종일: 년 월 일) ⑤هل حصلت على لقاح كورونا من قبل؟ <input checked="" type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة "لا"، فانتقل إلى السؤال رقم ⑥ إذا كانت الإجابة نعم، اكتب تاريخ الحصول على اللقاح. (تاريخ الحصول على اللقاح: يوم شهر عام)</p>

